

福岡県MSW協会定例研究会

「在宅医療・介護連携におけるMSWの役割
-ケアカンファレンスを活用しましょう-」

- 1 はじめに
- 2 当院の概要(ビッグデータの活用)
- 3 医療改革の概要
- 4 多職種連携と地域包括ケア
- 5 カンファレンスの活用
- 6 ファシリテーション技術
- 7 まとめ



2013年12月7日(土)
地方独立行政法人 大牟田市立病院
MSW がん専門相談員 北嶋晴彦

アイスブレイク

在宅支援・介護連携におけるMSWの役割は
何でしょうか？短時間で考えてみましょう・

在宅医療介護社連携における
MSWに求められる役割(視点)

- ✓医療・介護サービスを患者・家族の生活につなげる→生活の視点 家族のケアも忘れない
- ✓チームの目標を一致させ活動させる
→ チームを横断的な視点で把握する
- ✓チームや制度のすき間を埋める
- ✓地域社会システムへの提言(と活動)

病院概要

病床 : 一般350床
診療科目 : 30診療科
看護基準 : 7対1
開設年 : 昭和12年6月(大牟田市診療所/昭和25年病院開設)
理念 : 良質で高度な医療を提供し、市民に愛される病院をめざします
経営形態 : 地方独立行政法人(平成22年4月~)
職員数 : 約400人

各種指定・届出等(一部)
地域医療支援病院(平成24年7月)
地域がん診療連携拠点病院
災害拠点病院
日本医療機能評価機構認定病院
久留米大学医学部教育関連病院

※8年連続単年度黒字経営!!

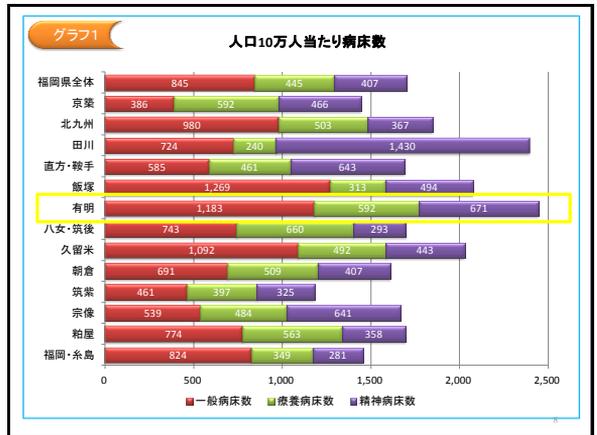


地域医療連携室スタッフ 12名
(室長1名 MSW4名 PSW1名 看護師2名 事務4名)



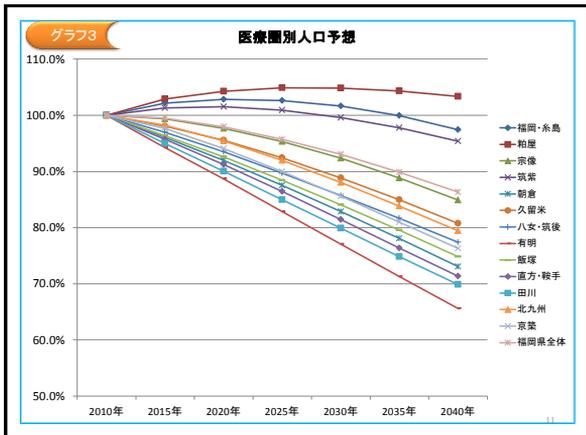
福岡県の保健医療圏

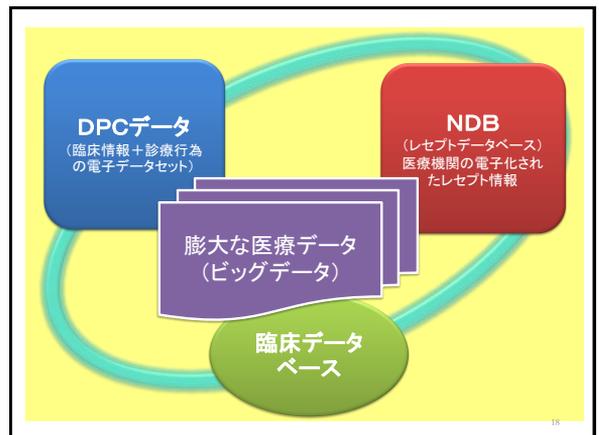
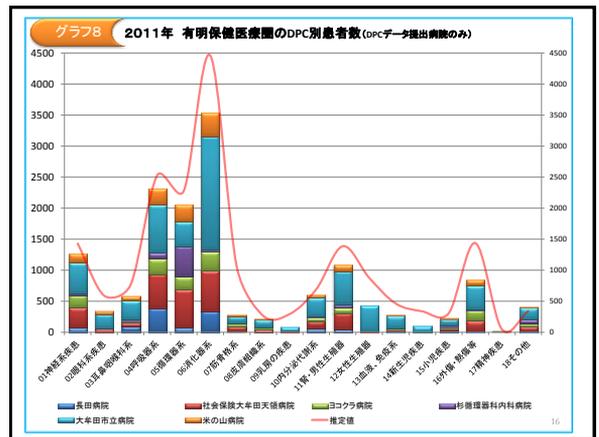
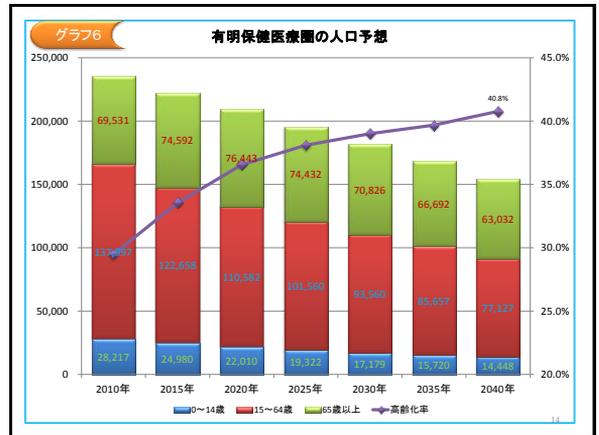
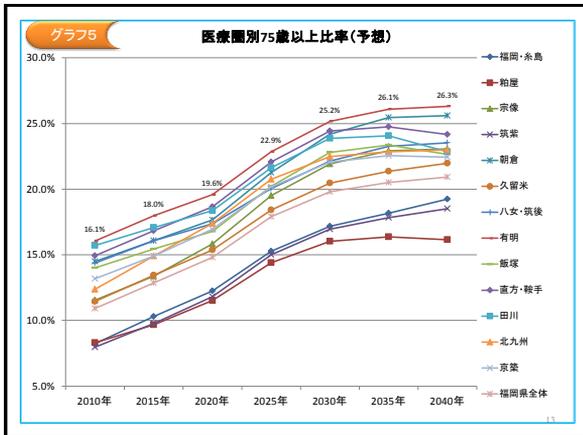


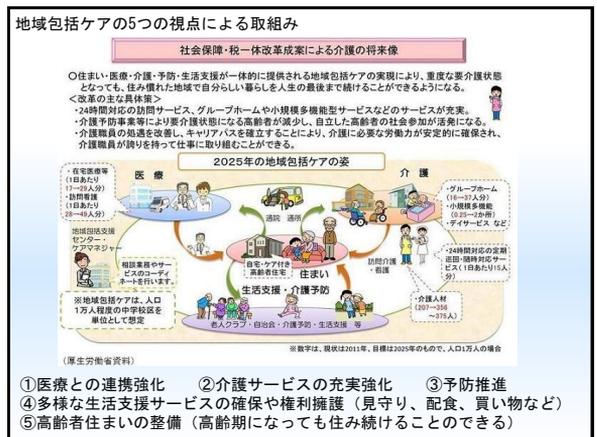
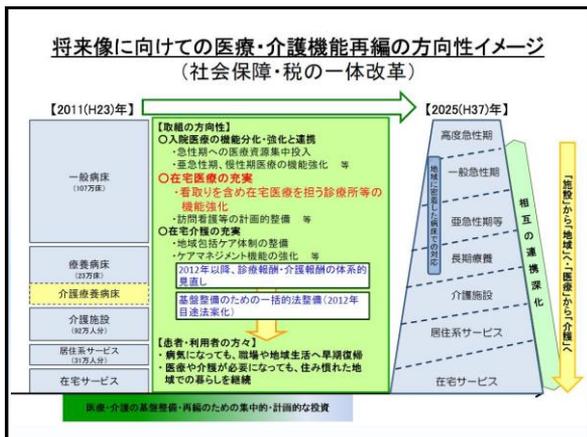
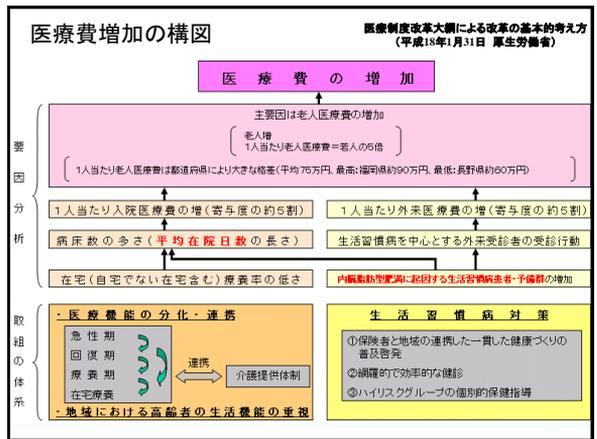
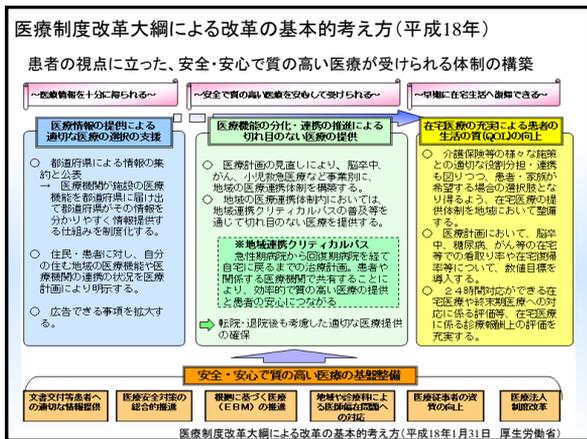
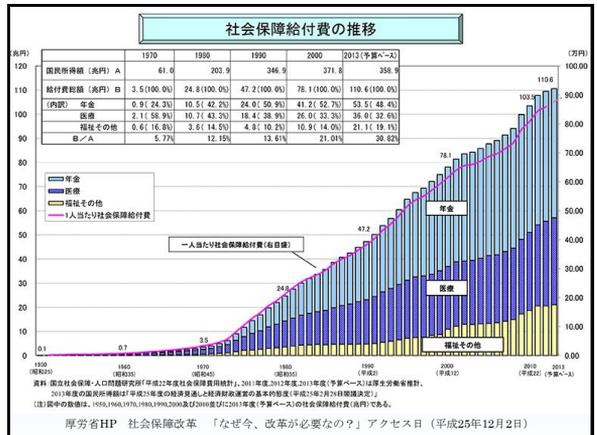
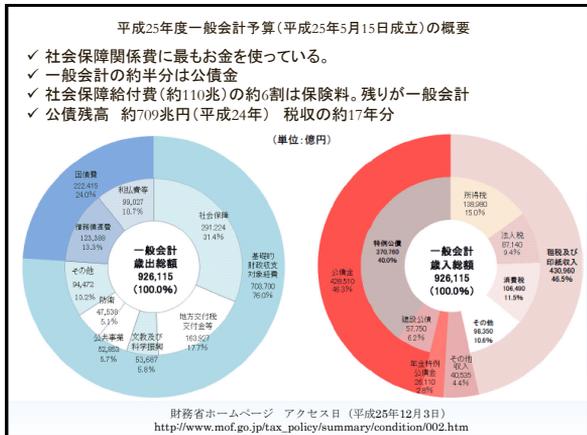


全身麻酔件数の多い医療機関(医療圏別)

二次医療圏	年間全身麻酔数2000件以上	年間全身麻酔数1000件以上	年間全身麻酔数500件以上	全身麻酔件数
福岡・糸島	福岡県済生会福岡総合病院、福岡市十字病院、福岡大学病院、九州大学病院、九州医療センター、北九州病院、福岡市立中央病院、香椎医療センター	福三宮病院、九州がんセンター、九州中央病院、福岡和自衛院、佐賀南病院	福岡市民病院、福岡リハビリテーション病院、福岡記念病院、日十字病院	58,020
粕屋	-	-	福岡県医療センター	3,384
宗像	-	-	-	1,272
筑紫	福岡徳洲会病院、福岡大学筑紫病院	-	二日市病院	6,600
朝倉	-	-	-	899
久留米	聖マリア病院、久留米大学病院	新宮賀病院	社会保険久留米第一病院	16,692
八女・筑後	-	-	筑東市立病院、公立八女総合病院、川崎病院	3,284
有明	-	大牟田市立病院	-	2,880
飯塚	飯塚病院	-	-	6,580
直方・鞍手	-	-	-	684
田川	-	-	社会保険田川病院	1,332
北九州	北九州市立医療センター、九州厚生年金病院、基亜徳科中央病院	新小文字病院、新日曜八幡記念病院、筑北北小幡総合病院、北九州総合病院、九州労災病院	新小倉病院、戸畑立病院、大手町病院、小倉医療センター、福岡新水巻病院	35,700
京築	-	-	新行橋病院	1,718







本来の緩和ケアとは？

- ・ 疾患・年齢を問わず受けられるケア
 - ・ 非がん疾患、小児の緩和ケア
- ・ ほとんどの人が一生に一度は受けるケア
 - ・ GOLD PATIENT (優待患者)
- ・ どこでも受けられるケア
 - ・ 在宅・地域が中心としつつ、あらゆる場へ届けるケア (施設、急性期)
- ・ 特別なケアではなく、だれもが提供するケア
 - ・ 専門的医療からプライマリ・ケア・モデルへ
 - ・ 全ての専門職がチームで関わるもの (看護師、介護職)

「『エンド・オブ・ライフ・ケア』の視点を有する在宅医療の重要性」
東京ふれあい医療生活協同組合 橈原診療所 在宅サポートセンター 平原佐斗司 2012年12月

何故、在宅緩和ケアなのか

- 1 多くの人が在宅で最期の時間を過ごすことを望む
- 2 患者が病院で最期をむかえるより、身体的苦痛と精神的苦痛が少なく、QOLが高い*¹⁾。
 - ・ 痛みの閾値が上がる (モルヒネの使用量が減る)
 - ・ 自分らしさを貫くことができる
 - ・ Spiritual pain (魂の痛み) を癒す力がある
- 3 自宅のほうが、家族が心の傷をうけにくい
 - ・ 在宅看取りのほうが、死を受け止めて (命を引きついで) 生きていくことが容易となる

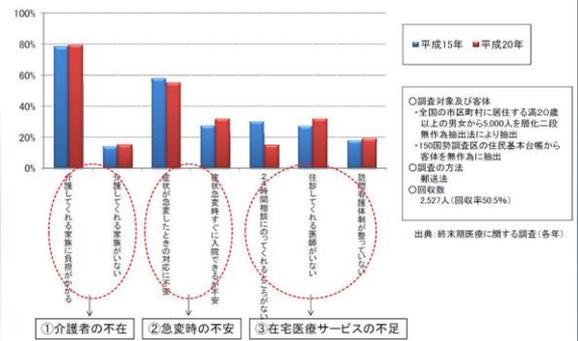
* A. A. Wright et al. Place of Death: Correlations With Quality of Life of Patients With Cancer and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. *Journal of Clinical Oncology*, 2010
「『エンド・オブ・ライフ・ケア』の視点を有する在宅医療の重要性」
東京ふれあい医療生活協同組合 橈原診療所 在宅サポートセンター 平原佐斗司 2012年12月

在宅を進めていく上での課題

- ① かかりつけ医の積極的な在宅医療への参加
- ② 24時間対応の在宅医療提供体制の支援体制の整備
- ③ 医療・看護と介護・福祉の連携
→ **多職種ケアカンファレンス等の
多職種連携システムの確立**
- ④ 住民に対する在宅医療の普及活動

「厚都道府県リーダークン研修の目的と関係者の役割」 国立長寿医療研究センター 企画戦略室長 深田 修 2012年12月

在宅療養移行や継続の阻害要因



「在宅医療の最近の動向」厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室 p.12 厚労省H17アクセス2012年10月7日

ケアマネジャーから医療側への意見(一部)

医療・介護の連携推進のための意見交換会より

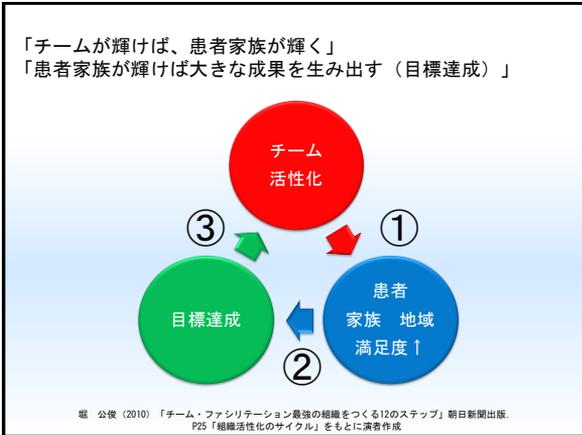
- ✓ 患者の高齢化に伴い、在宅に困難を要する患者も増え、**連携の強化が必要**であると思っています。
- ✓ 往診できる医療機関を知っておくとターミナル時にも対応ができる。
- ✓ 今後在宅支援が増えてくると、**医師のCMの関係づくり**が必要。
- ✓ **医師との面談は敷居が高く感じる**・・・永遠の課題と思うが・・・
- ✓ ある病院では、医師へ介護認定結果やケアの留意点をお聞きしようと思っても、患者の受診時同席でない場合は、受付の看護師から断られる。
- ✓ 直接医師に面会を依頼しても時間が無いといわれることが有。
- ✓ 患者の退院に合わせて**カンファレンス**をしたいが**時間が無い**ので困難。
- ✓ **ケアマネタイム** (医師とケアマネの情報交換の時間) を設けてほしい。1回/週でもよいので。

第1回~4回 1回/年 約120名(参加者) 主催:大牟田市介護支援専門員連絡協議会

在宅移行におけるさまざまなバリア(一部)

- 病院側の抱えるバリア**
 - ✓ 在宅医療に対する知識不足
 - ✓ 在宅移行の適当な基準・条件が不明確
 - ✓ 退院支援システムが未確立
 - ✓ 時間が無い(忙しい)
- 患者・家族側のバリア**
 - ✓ 病院に対する依存意識
 - ✓ 在宅医療への関心の低さ
 - ✓ 介護力(独居、高齢者世帯)
 - ✓ 安心・安全の保証がない
 - ✓ 経済力(自己負担)
- 地域医療機関のバリア**
 - ✓ 職員のマンパワー不足
 - ✓ 患者の情報共有が不十分
 - ✓ 緩和医療の知識・技術不足
 - ✓ 緊急入院先が確保できない
- 制度のバリア**
 - 診療報酬・介護保険制度の限界

林 昇甫(2009)「本当に求められている地域医療連携とは」Jp105 緩和ケアVOLL19. No2. 3月 ※左記文庫に演者補足

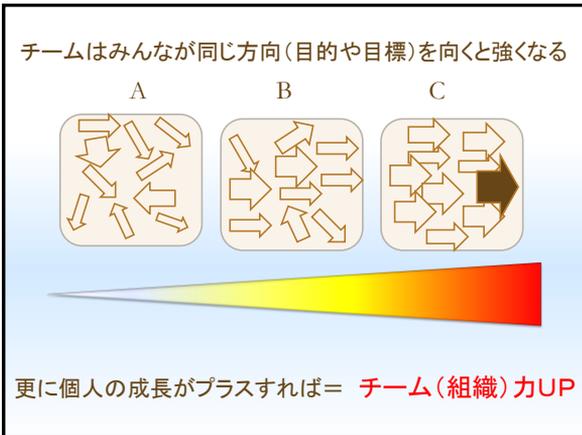


チーム・ビルディング

＜チームの条件＞

- ① チームの使命や目的があること
- ② メンバーが目的達成のために貢献する意欲をもっていること
- ③ メンバーの役割分担が明確であること
- ④ メンバー間に密接なコミュニケーションがあること

小川朝生・内富庸介 (2010) 「これだけは知っておきたいがん医療における心のケア」財団法人医療研修推進財団 厚生労働省委託事業 2010年3月 p133



チームリーダーの条件 (私案:半田一登 2011)

1 専門的知識・技術が高い事
2 問題解決・改善能力が高い事
3 対人関係能力が優れている事
4 メンバーとの意思疎通能力が高い事
5 メンバーへの動機づけ能力が高い事
6 メンバーをまとめる能力が高い事
7 方針等がわかりやすく、ぶれないこと

(チームにはリーダーが必要な事を踏まえて...演者補足)
「チームにはマネージャーも必要で、組織的役割はある意味で現場責任者です。この役割は、医療ソーシャルワーカー(MSW)か作業療法士が担うべきです。(中略)組織の運営と外部との交渉は他の職種では困難です。」

半田一登 (2011) 「チーム医療における理学療法士の役割」PTジャーナル45巻11号 2011年11月 p917

資料11-2

チーム医療の目的に SWが特に貢献できることは青字の部分

- 近代の医療は専門分化が進む一方、患者の望む医療も多様化している
- 高度に進歩した専門的医療を患者の「生活」につなげることが重要である。
- これに対応するためには、高い専門性を持つメディカルスタッフが連携しつつ、適切に補完し合うことが不可欠である。
- 専門分化した医療を背景として、チーム医療の形態は多岐にわたっているのが実情である。
- 患者もチームの一員である。
- チーム医療では患者と各メディカルスタッフは情報を共有する。
- その結果、患者自身の最良の医療の選択が促進される。

2

厚生労働省チーム医療推進方策検討WG(2010年10月～) 初台リハビリテーション病院 MSW 取出涼子 提出資料

チーム医療のプロセスに SWが特に貢献できることは青字の部分

□ 方法

- ①ひとり一人、さまざまな背景をもつ患者から、治療に当たっての要望を十分に聞き取る
- ②医学の進歩:膨大な知識、臓器別治療技術の高度化と細分化をチームで補完する
- ③最新の情報を元に、標準的な療法、臨床試験、代替療法までを客観的に根拠(エビデンス)で患者に示す
- ④患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する
- ⑤治療自体を生活につなげていく
- ⑥家族のサポートやケアも忘れない

3

厚生労働省チーム医療推進方策検討WG(2010年10月～) 初台リハビリテーション病院 MSW 取出涼子 提出資料

多機関・多職種（ネットワーク型）チーム

チーム形成の**困難な要素**

- i 支援対象者の特殊性
- ii 多機関・多職種関与の課題
- iii 不確実なリーダーシップ
- iv コミュニケーション機会の制約

副田あけみ（2010）「チームワーク」総合リハビリテーション 38巻11号・2010年11月 p1053

チーム医療について・・・

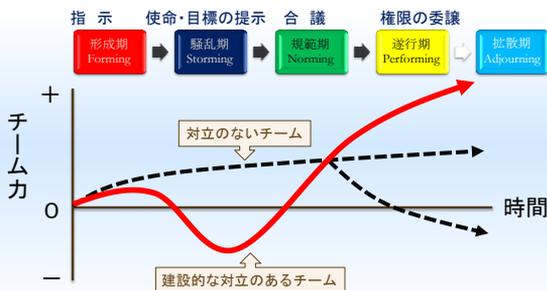
「**最初から理想的なチームは存在しない。**
チームは育て、そして立て直し続けていかなくてはならない。したがって、**チーム結成のスタートは、行き詰まりや失敗の連続である。**しかし、こうした行き詰まりや失敗について、メンバーがカンファレンスのなかで率直に話し合い、対策を検討することができれば、行き詰まりや失敗はチームが立ち直り、そして育つ糧となる。」

→目標や目的が、意思統一されているのが大事

小川朝生・内富康介（2010）「これだけは知っておきたいがん医療における心のケア」
財団法人医療研修推進財団 厚生労働省委託事業 2010年3月 p 139

チームの変遷プロセス(タックマンモデル:1977)

- ✓ 葛藤がチームを強くする
- ✓ 立場が異なれば、意見も異なる(当たり前)



活きのよい魚が皿の上に乗っています・・・



老夫婦がお互いに向き合っています・・・



専門職の協働体制の意義

それぞれの専門家が、協働体制の効用性と限界を認識し、さらに活用できるシステムの強化を図ることにより、地域における領域の広い福祉・保健・医療の包括的援助・支援が可能と考える。

福山和女（2010）『カンファレンス・協働ー保健・医療・福祉の専門家のためにー』p2, 榎FK研究グループ

カンファレンスの定義

1. **支援の流れ**の中で、
2. 保健・医療・福祉の**専門家**が、
3. **それぞれの立場からアセスメント・支援計画**などを提示して、
4. それぞれの役割分担について**チームの合意**をえるための会議である。

福山和女 (2010) 『カンファレンス・協働—保健・医療・福祉の専門家のために—』p3, 衛FK研究グループ

カンファレンスの意義と目的



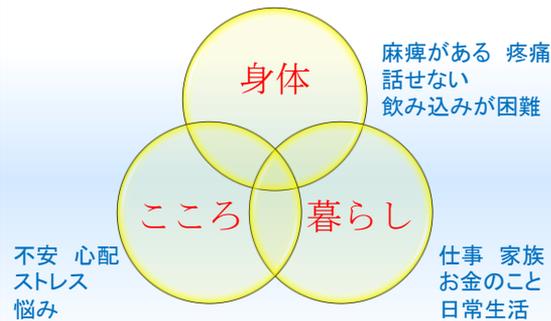
- ✓ より良い支援体制の構築
→ 要因・原因を明らかにする。
- ✓ 他職種・他施設の連携と協力を深める
→ 専門家の機能や役割を知る機会
- ✓ 組織・地域・制度で埋もれている課題を発掘する。→ 現状での限界を知る
- ✓ 社会資源を創造する。
- ✓ 職員の教育・研修の機会となる。



新・社会福祉士養成講座8『相談援助の理論と方法Ⅱ第2版』
2010年 中央法規 p207-208を参考に作成

専門家は視点が異なる。意見が違ってあたりまえ。
情報共有をして、目標の意思統一を図る

病気が引き起こすさまざまな痛み



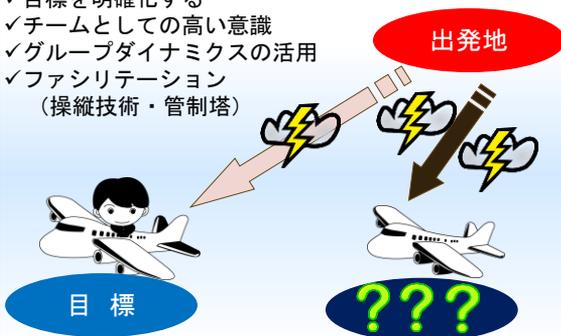
相談援助にはアセスメント力が不可欠

- ① 何が相談者の問題ですか？
- ② 問題に対する相談者の考え、感情、行動は何か？
- ③ 問題はどのような相談者の年齢で起こっているか？
- ④ この問題は、日常生活にどれくらい影響を与えているか？
- ⑤ 問題解決のために相談者が使える社会資源は何か？
- ⑥ 問題解決の為に、過去に相談者が行動したことは何か？
- ⑦ 援助者の長所や強さは何か？
- ⑧ クライエントの価値感はどうなのか？
- ⑨ 援助者の限界(組織や個人の力量)を理解しているか？
- ⑩ クライエントの家族関係はどうか？家族内の役割は？

参考資料: 渡部律子「基礎から学ぶ気づきの事例検討会」中央法規(2009)pp41-42、表10、(一部抜粋・演者加筆修正)

効果的なカンファレンスに必要なこと

- ✓ 目標を明確化する
- ✓ チームとしての高い意識
- ✓ グループダイナミクスの活用
- ✓ ファシリテーション (操縦技術・管制塔)



カンファレンス運営上の必要なテクニック

- ① **目的・目標設置のためのテクニック**
目的、構成メンバー、事前準備、時間厳守
- ② **専門家同士で相手の領域を侵さない**
メンバーの発言を認め、受け止める
- ③ **明確化・焦点化**
問題・課題を絞り込む。優先順位を付ける

福山和女 (2010) 『カンファレンス・協働—保健・医療・福祉の専門家のために—』p13, 衛FK研究グループ

グループダイナミクス（集団力学）とは？

グループ：集団 ダイナミクス：力学

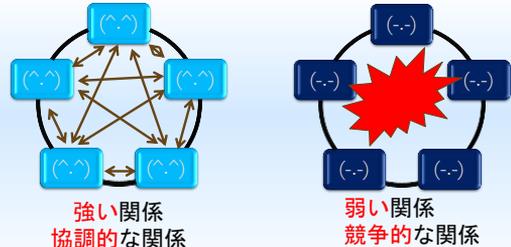
- ✓ メンバーの相互交流の結果生じた力を研究
- ✓ グループには目に見えない「不思議な力」がある
- ✓ グループの力は、メンバーである個人の思考や行動に大きな影響を与える
- ✓ 成長や課題の克服とグループ体験とが密接な関係にある

グループワークとは・・・
「グループの力動を媒体として
個人の成長や問題を解決する
対人援助の専門技術」

参考：黒木保博、他（2004）『グループワークの専門技術—対人援助のための17の方法—』中央法規出版。pp14-15。

目標達成に向けたグループダイナミクスの働き

- ✓ 情報共有が進み、相互作用が活性化する
- ✓ 肯定的で建設的な意見交換
- ✓ 協調的で問題解決的な雰囲気が出てくる



参考資料：相談支援センター相談員指導者研修会（ファシリテーションスキル）「グループダイナミクスとファシリテーション」2011年 群馬県立がんセンター 精神腫瘍科・総合相談支援センター 大庭 章

ファシリテーションとは（定義）

- ① 中立的な立場で
- ② チームのプロセスを管理し
- ③ チームワークを引き出し
- ④ そのチームの成果が最大になるように支援すること
(黒田由貴子)



- ✓ つまり・・・「最大の成果がでるように会議を取り仕切る技術」
→ マネジメント技術 裏方的な役割
- ✓ ファシリテーター（協働促進者、共創支援者）≠ 司会者、議長

ファシリテーションスキル（4つ）

1. **場のデザインのスキル** ・ ・ ・ 場をつくり、つなげる
目標設定・論点整理
2. **対人関係のスキル** ・ ・ ・ 受け止めて、引き出す
コミュニケーション
3. **構造化のスキル** ・ ・ ・ かみ合わせて、整理する
議論内容の整理 可視化
4. **合意形成のスキル** ・ ・ ・ まとめて、分かち合う
最終的な結論

堀 公俊（2004）「ファシリテーション入門」日本経済新聞社非特定営利法人 日本ファシリテーション協会

ファシリテーターの持つギア（3つ）

1. **コントロール**
積極的に介入しグループを動かす
課題とゴールの再認識
指名し、発言とフィードバックを促す
話の内容に脱線しているとき
2. **ガイド**
時々介入しワークの進行を調整する。
発言の機会が均等になるように配慮する
3. **フォロー**
グループワークのプロセスを見守る
順調にいったときの対応

参考資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター平成23年度相談支援センター相談員基礎研修会（3）

カンファレンスに求められるMSWの役割・視点

ソーシャルワーカーの価値及び倫理

- 1) 人間の平等と尊厳を学ぶ
- 2) 生活の質に視点をおき自己実現の達成を重視する
- 3) 人間の平等と尊厳を尊ぶ
- 4) 差別、偏見、スティグマ等の不公正に立ち向かい、権利擁護の立場を堅持する
- 5) 個別性を尊重する
- 6) あるがままに受容し、自己決定を尊重する
- 7) プライバシーを最大限尊重し、秘密を保持する
- 8) 葛藤やゆらぎに真摯に向き合う
- 9) 所属する組織・機関への倫理責任を果たす
- 10) 社会の新たなニーズに応え、社会や行政に政策等の提言を行う

正司明美（2003年調査研究報告）：ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドラインより抜粋

ソーシャルワーカーが実践上で経験するジレンマ

ソーシャルワーカーが経験する「道徳的・倫理的ジレンマ」

定義:

「個人価値と専門価値とのぶつかり合い、あるいは相反する専門価値同士のぶつかり合いによって、どちらの価値を優先したらよいかわからない状態」

※ジレンマ: 広辞苑(第5版)

「相反する二つの事の板ばさみになって、どちらも決めかねる状態」

参考資料: 保正タ子・ほか「キャリアを紡ぐソーシャルワーカー20代・30代の生活史と職業像」簡井書房(2006)p260

ジレンマへの対応と成長するきっかけ

残念ながらジレンマの殆どは、個人のみで解決できる問題や課題は少ないのです。また、すぐに解決できるものでもありません。重要なのは、悩んでいる自分に気づくことです。自分を責める必要はありません。

そこでソーシャルワーカーが行動することは、できるだけチームや組織全体の問題や課題となるように働きかけることです(ソーシャルアクション)。

ただし、個人や組織の限界(対応できる問題の範囲)をよく理解しておきましょう。

まとめ：在宅医療介護連携におけるMSWに求められる役割（視点）

- ✓医療・介護サービスを患者・家族の生活に近づける→生活の視点 家族のケアも忘れない
- ✓チームの目標を一致させ活動させる
→ チームを横断的な視点で把握する
- ✓チームや制度のすき間を埋める
- ✓地域社会システムへの提言（と活動）

「在宅医療・介護の連携」について考えてみよう

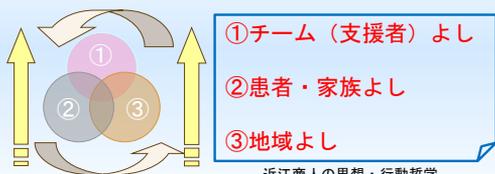
在宅支援における、あなたの地域や施設での問題・課題点を自由に挙げてください。

その後、グループで問題・課題点を共有し、今後短期間（約1年間）で少しでも解決に向かうための具体案を考えてみてください。

- (1) 各個人（施設）レベル
- (2) 地域レベル（施設間連携など）

よりよい在宅医療介護連携の実現を目指すために・・・

- ✓ 対象者（地域）の問題・課題を共有する
- ✓ 良いチームをつくる
- ✓ 質の高いカンファレンスを行う



正のスパイラル

近江商人の思想・行動哲学 三方よし「売り手よし、買い手よし、世間よし」